Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Die Stellung des Kaiserschnitts zu konkurrierenden Verfahren auf Grund der Operationsresultate der letzten Jahre.

Inaugural-Dissertation,

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt und mit Genehmigung derselben veröffentlicht von

Artur Banasz.

ACAD. MEDICAL BIBL.

Breslau 1907.
Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.
Dr. v. Strümpell, Dekan.

Nachdem bis jetzt 22 Fälle von Kaiserschnitten, die an hiesiger Klinik ausgeführt wurden, veröffentlicht worden sind, (11 Fälle von Hahn im Zentralblatt für Gynäkologie und Geburtshilfe 1899 II. und 11 Fälle von Thomas in seiner Inaugural-Dissertation 1902) hat mir Herr Geheimrat Küstner die folgenden gütigst zur Bearbeitung überlassen.

Es sind 28 Fälle von Anfang 1902 bis Ende 1906. Ich will gleich vorausschicken, dass alle diese Fälle zu den sogenannten konservativen Kaiserschnitten gehören, da ich nur diese beschreiben will.

Da die Resultate des Kaiserschnitts bei Eklampsie an der hiesigen Klinik durchweg negativ waren (wie aus der Dissertation Thomas ersichtlich) so wurde an hiesiger Klinik der Entschluss gefasst — in der Eklampsie keine Indikation mehr zum klassischen Kaiserschnitt zu sehen.

Da ich ferner die vaginale Sectio nach Dührssen unerwähnt lassen werde, so kommt in meiner Arbeit die Eklampsie als Indikation zum konservativen Kaiserschnitt überhaupt nicht in Betracht. Was die Schnittführung betrifft, so ist in allen Fällen, die ich beschreibe, der Längsschnitt gemacht worden, da der quere Fundalschnitt nach Fritsch von Geh.-Rat Küstner aus Gründen, die in der Arbeit von Thomas angegeben sind, verlassen worden ist.

Wenn wir nun zunächst die Literatur der letzten Jahre über den Kaiserschnitt durchsehen, so finden wir, dass, wie Olshausen sagt: „die Sachlage für die absolute Indikation, d. h. für diejenige, bei welcher lediglich das Interesse der Mutter den Ausschlag gibt, eine ganz andere geworden ist, als sie früher war. In zahlreichen Fällen, in welchen früher nur von einer relativen Indikation gesprochen werden

konnte, ist dieselbe jetzt eine absolute geworden, weil der Kaiserschnitt für die Mutter weniger gefährlich geworden ist, als die Entbindung durch den Beckenkanal, auch mit Aufopferung des kindlichen Lebens.“ Übrigens soll das kindliche Leben überhaupt nicht geopfert werden. So sagt Küstner, dass an einer gut eingerichteten Klinik die Perforation des lebenden Kindes als geburtshilflicher Eingriff überhaupt verworfen werden muss. In dieser Hinsicht sagt Krönig: „Wir dürfen wohl behaupten, dass heute der Grundsatz: Erst die Mutter, dann das Kind, — allgemein fallen gelassen ist, dass man sich vielmehr für berechtigt hält, ausschliesslich im Interesse des Kindes, an der Mutter selbst grosse Operationen auszuführen, welche deren Leben mehr oder weniger gefährden.“ Weiter sagt Krönig, dass man den Schluss ziehen darf: „Bei guter Technik und guter Asepsis ist, wenn die Frau mit noch aseptischem Geburtskanal in die Behandlung des Geburtshelfers kommt, die Prognose des Kaiserschnittes in bezug auf Mortalität der Mutter kaum ungünstiger, als nach Kraniotomie.“ Dass aber das Leben der Mutter beim Kaiserschnitt nicht so sehr gefährdet ist, beweisen die verschiedenen Statistiken. So beträgt die Gesamtmortalität der Mutter bei Schauta (175 Fälle) 8 %, die reduzierte Mortalität 5,2 %. Kerr berechnet die Mortalität nach der Sectio nach seinen eignen Fällen zu 6,6 %. Nach den Ausführungen von Dauber beträgt die Mortalität nach dem Kaiserschnitt an der Würzburger Klinik 8,3 %. Weiter berichtet Leuwen über einen Todesfall unter 59 Kaiserschnitten, also unter 2 %.

Wenn wir sogar eine der höchsten Mortalitätsziffern nehmen, wie z. B. die von Fournier angegebene, in der Höhe von 10 %, so ist dieselbe doch noch kleiner als die Gesamtmortalität nach Perforation und Kranioklasie, die nach Krönig, im Durchschnitt 10—15 % beträgt. Das zieht auch Neustube in Betracht, indem er fordert, dass die Operation des Kaiserschnittes Gemeingut aller Ärzte werde, damit die Perforation des lebenden Kindes gänzlich verboten werden kann. Natürlich ist dies augenblicklich

nicht möglich, aber wir können hoffen, dass es mit der Zeit doch der Fall werden wird. Wenn wir noch die Mortalität der Kinder ins Auge fassen, so sehen wir, dass in dieser Hinsicht die Sectio günstigere Resultate gibt, als selbst die Wendung und Extraktion, bei welcher nach Winkel zirka 33,5 % Kinder sterben; beim Kaiserschnitt dagegen ist die Mortalität der Kinder nach Winkel 13 %. Nach Neumann (Schauta) ist sie noch kleiner, nämlich 5,7 %.

Was den Zeitpunkt des Kaiserschnittes betrifft, so wurde z. B. von Schauta nur 1 mal von 180 Fällen die Sectio vor dem Wehenbeginn gemacht, sonst wird prinzipiell, wie dies auch in hiesiger Klinik der Fall ist (wie wir später sehen werden) nach Wehenbeginn und möglichst bei stehender Blase operiert.

1. H. D., 30 J. Jahrgang 1901/02, Journ.-No. 769. Kreissende hat erst mit 4 Jahren gehen gelernt, sie hat 7 mal geboren, 6 mal spontan. 3 Kinder sind am Leben. Das letzte Mal (30. Oktober 1900) wurde Perforation und Extraktion mit dem Kranioklast gemacht, da die Cervixdehnung immer bedeutender wurde und trotz guter Wehen ein Fortgang der Geburt nicht beobachtet wurde. Die Untersuchung nach der Placentaraustreibung mittels Credé ergab eine schwere querverlaufende Verletzung der Cervix (unteres Uterussegment) ohne besondere Blutung. Ob das Peritoneum mitverletzt war oder nicht, blieb fraglich. — Vom 6. Tage an nahezu ungestörter Verlauf des Wochenbettes.

Letzte Regel Anfang Mai 1901. Kreissende kommt in die Klinik nachdem die Blase schon gesprungen ist, da die Wehen völlig überraschend kamen. Eine vaginale Untersuchung hat ausserhalb nicht stattgefunden. Vera 7. Sectio um 8 Uhr morgens. Uterus wird nicht vorgewälzt, sondern, wie das schon seit längerer Zeit von Geh.-Rat Küstner getan wird, in situ sagittal eingeschnitten. Geringe Blutung. Im Fruchtsack sehr viel breiiges Meconium. Placenta an der hinteren Wand; Uterus mit Catgut mehrschichtig genäht. Exzision beider Tuben. Einzelunterbindung der spritzenden Gefässe, fortlaufende Peritonealnaht. Das Kind bleich, asphyktisch, schreit nach einigen Wiederbelebungsversuchen (Applikation von Hautreizen und Schultzesche Schwingungen).

Spina bifida lumbalis und 2 hochgradige Klumpfüsse.

Konvaleszenz ohne Störung. Temperatur 5mal über 38°. Am 14. Tage Nähte entfernt. Heilung p. p. Am 24. Tage Entlassung.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass Patientin nach dem vorigen Partus angewiesen wurde, vor Wehenbeginn nach der Klinik zu kommen. Dies wurde, wie wir bereits gesehen haben, durch plötzlich eintretende Wehen und Blasensprung verhindert.

2. E. L., 31 J. Jahrgang 1902/03, Journ.-No. 144. Kreissende will rechtzeitig gehen gelernt haben, hat 6 Partus durchgemacht. 3mal spontan, 2mal Wendung, das letzte Mal (1900) Querlage mit spontaner, kompletter Ruptur der Cervix (unteres Uterussegment), so dass Kind und Placenta in der Bauchhöhle lagen. Laparotomie. Sorgfältige Naht. Ausspülung des Abdomens mit Kochsalzlösung. Gazedrainage nach der Bauchwunde zu.

Entlassung am 36. Tage nach der Operation, mit der Weisung, sich bei wieder eingetretener Schwangerschaft, noch vor Wehenbeginn zum Kaiserschnitt in die Klinik zu begeben. Vor der Entlassung wurde konstatiert, dass die Vera 9 cm misst.

Letzte Regel Ende Juli.

Am 5. Mai, da der Termin bereits herangerückt, wird, ohne dass der Eintritt der Geburtswehen erst abgewartet, der Kaiserschnitt gemacht.

Placenta an der vorderen Wand in ganzer Ausdehnung getroffen. An Stelle der früheren Uterusruptur finden sich zahlreiche peritonitische Stränge und Segel, so dass eine eigentliche Narbe nicht zu sehen ist. Exzision der Tuben. Einzelverbindung der Gefässe. Fortlaufende Peritonealnaht, mehrschichtige Catgutnaht. — Kind, ein Mädchen, apnoisch, atmet nach reichlich einer Minute, schreit etwas später, wiegt 3460 g. Die Konvaleszenz wird durch eine ziemlich ausgedehnte Pneumonie im l. Oberlappen gestört. Nach 14 Tagen Entfernung der Nähte. Im Bereiche von 2 Suturen eine kleine Dehiszenz, welche sich dann allmählich durch Granulation schliesst. Am 9. Juni wird Patientin beschwerdefrei mit Kind entlassen.

3. C. K., 19 J. Jahrgang 1902/03, Journ.-No. 441. Patientin ist Erstgebärende.

Allgemein verengtes Becken, Sp. 24, Crist. 27, Ext. 17, Diag. $8\frac{1}{2}$, Vera $7\frac{1}{2}$, Grösse 139 cm.

Patientin ist seit $1\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet.

Die erste Regel traf mit 16 Jahren ein. Kreissende will Rachitis gehabt haben und erst mit 4 Jahren laufen gelernt haben. Familienanamnese o. B. Letzte Regel 7. Januar 1902. Erste Kindsbewegung 26. Mai 1902. Fundus 4 Querfinger über dem Nabel — soll höher gestanden haben. I. Lage. Herztöne gut — 132. Am 26. Oktober nachts treten die ersten Wehen ein. Es werden der Patientin 0,015 Morphin hydrochl. subkutan injiziert, um allzu kräftige Wehen und Wasserabfluss zu verhindern. 27. Oktober. Die Blase steht noch. Kind in I. Schädellage. Der Kopf steht auf dem Beckeneingang. Beginn der Operation 8^{25}. Operateur Geh.-Rat Küstner. Inzision in der Linea alba in der üblichen Ausdehnung ober- und unterhalb des Nabels. Umsäumung der Bauchwunde mit sterilem Material. Inzision der vorderen Uteruswand (das Organ liegt ziemlich symmetrisch) in situ. Placenta inseriert an der vorderen Wand, wird in ganzer Ausdehnung getroffen. Entwicklung des Kindes am linken Fusse, nachdem vorher der linke Arm herausgelegt war. Beim Entwickeln des Kindes wird die vorher getrennte Placenta mit herausgenommen. Die abgerissenen Eihäute waren noch im Uterus adhärent und mussten, da sie sehr zerreisslich waren, mit Mühe und sehr vorsichtig getrennt werden. Auch der cervikale Schleimpfropf wurde mit herausbefördert. Uterusnaht in mehreren Schichten mit Catgut. Blutige Operation. Nach beendeter Uterusnaht Resektion der distalen Abschnitte der Tuben (2—3 cm). Überhäutung des uterinen Stumpfes mit Peritoneum. — Das Kind hat viel Schleim, Vernix und Blut aspiriert. Deutlicher Tonus, Farbe blassrosa. Nach kurzer Zeit wird der Herzschlag verlangsamt, das Kind wird blau und schlaff; vereinzelte Atemzüge. Da Frottieren und Hautreize nicht nützen, wird das Kind geschwungen. Nach 10 Minuten schreit es.

28. Oktober. Sehr starke Nachwehen. Wegen starker Blutung abends eine Spritze Cornutin.

3. November. Temperatursteigerung. Brust schmerzhaft. Essigsaurer Tonerde-Verband.

4. November. Allgemeinbefinden gut. 10. November. Entfernung der Fäden. Heilung p. p.

4. B. H., 36 J. Jahrgang 1903/04, Journ.-No. 53. Patientin hat erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Sonst stets gesund gewesen.

Erste Menstruation mit 15 Jahren, immer regelmässig. Vater an Lungenerkrankung gestorben. Mutter und sämtliche Geschwister gesund. 3 Schwestern sehr gut entbunden, eine

schwer. Vor 9 Jahren erster Partus, Perforation. — Letzte Regel angeblich Ende Juni 1902. Im November erste Kindsbewegungen; keine Schwangerschaftsbeschwerden. Seit dem 14. April bereits schwache Wehen. Maße: Grösse 128 cm. Dist. sp. 25 1/4, Crist. 24 1/2, Conjug. ext. 16 1/2, Diag. 8 1/4, Vera 6 3/4. Querdurchmesser der Beckenmitte nicht unter 9 1/2 cm, der Beckenausgang nicht unter 8 1/2 cm.

Kind liegt in I. Schädellage. Herztöne regelmässig, kräftig. Operation 27. Mai 1903. Operateur Geh.-Rat Küstner.

Grosse Inzision handbreit über dem Nabel, fast bis zur Symphyse. Placenta in der oberen Hälfte des Schnittes. — Sehr lebhafte Blutung. Kind I. Schädellage, am r. Beine extrahiert. Auch nach der Extraktion starke Blutung. Manuelle Lösung der Placenta 6 Minuten nach der Extraktion. Uterus kontrahiert sich leidlich. Blutung geringer. Naht des Uterus in 4 Schichten, da die Wand sehr dick ist. Exzision beider Tuben. Unterbindung der tubo-ovariellen Gefässe. Fortlaufende Peritonealnaht. Schluss. — Während der Operation 2 Spr. Cornutin. — Kind, ein Knabe, schreit 3 Minuten nach der Extraktion. Gewicht 1040 g. Farbe rosig, Muskeltonus vorhanden. — Beim Anlegen des Verbandes 3 Spritzen Cornutin, gleich darauf schlechter, kaum fühlbarer Puls, weshalb sofort 1 Spr. Kampfer. Beim Hinüberfahren nach dem Saal Stocken der Atmung. 1 Spr. Äther, 2 Spr. Kampfer. Künstliche Atmung. Kein Herzschlag zu hören; da jedoch von Zeit zu Zeit eine kaum merkbare Bewegung des Unterkiefers erfolgt, so wird künstliche Atmung und Reiben der Fußsohlen 3/4 Stunden fortgesetzt, worauf Herzschlag und Atmung regelmässig werden. Injektion von 500 ccm Kochsalzlösung. 12 Uhr. Patientin liegt ruhig, mässige Blutung aus den Genitalien. Puls voll und kräftig (72), Temp. 35,2, Atmung 18, tief und ruhig. 2 Uhr. Plötzlich auftretende sehr starke Blutung aus den Genitalien. Herzstillstand. Sistieren der Atmung. — Exitus. — Sektionsbefund 28. Oktober: Keine sonderlich anämischen Organe. Herz schwimmt im mit Wasser gefüllten Herzbeutel und entleert beim Eröffnen grosse Mengen Luft aus beiden Ventrikeln (offenes For. ovale!)

Kind am 3. Tage Ikterus. Flaschenmilch. Endgewicht 3600 g.

5. **M. M.**, 18 J. Jahrgang 1903/04, Journ.-No. 122. Patientin war stets gesund.

Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig. Letzte Regel Mitte Juli 1902. Anfang November die ersten Kindsbewegungen. Keine Schwangerschaftsbeschwerden. In der

Nacht vom 7.—8. Mai erste Wehen. — Beckenmaße: Conjug. diag. $8\frac{1}{2}$, Vera $7\frac{1}{4}$; Querdurchmesser: Beckeneingang nicht unter $10\frac{1}{2}$, Beckenausgang nicht unter $11\frac{1}{2}$ cm.

Kind I. Schädellage, Herztöne gut und kräftig. — Vom Morgen des 8. Mai an starke Wehen, weshalb einige Spritzen Morphium, worauf Besserung.

9. Mai 1903. 4^{30} vorm. alle 10 Minuten $\frac{3}{4}$ Minuten dauernde Wehen. Puls gut. 5^{30} vorm. eklamptischer Anfall nach Aussage der Wärterin. Patientin lag in leichtem Coma. 7^{30} erneuerter Anfall. Typische Eklampsie. Gegen 8 Uhr wird zur Operation geschritten. Während der Waschung Blasensprung. Operateur Geh.-Rat Küstner. Kreissende bekommt während der Operation 2 Spr. Cornutin. Inzision in der Linea alba — in den stark nach rechts verlagerten Uterus. Unbedeutende Blutung. — Das Kind, Mädchen — I. Schädellage — wird am rechten Fuss extrahiert. Uterus kontrahiert sich sofort sehr gut. Vollständige Lösung und Entfernung der Eihäute und Placenta. Uterusnaht in 3—4 Schichten, Peritonealnaht fortlaufend. In das Abdomen ist kein Blut hineingelaufen. — Das Kind ist schwer asphyktisch (2570 g), hat eine deutliche Kopfgeschwulst und eine kleine blaue Druckmarke auf dem Scheitelbein. 10. Mai. Heftige Nachwehen, in der Nacht unbedeutende Blutung. Starkes Vulvaödem — Cornutin, Aqua plumbi 3mal täglich. Kind angelegt.

11. Mai. Schmerzen unverändert. 13. Mai. Keinerlei Schmerzen. Wöchnerin schläft viel. Cornutin ausgesetzt. 14. Mai. Da keine genügende Nahrung und Schrunden, wird das Kind abgesetzt. 15. Mai. Ungestörter Heilungsverlauf. Entfernen der Fäden. Heilung p. p. 22. Mai. Patientin verlässt das Bett, was ihr gut bekommt.

2. Juni. Lineär verheilte Bauchnarbe. Vom Nabel bis vier Finger unterhalb desselben ein drei Finger dickes Infiltrat im Unterhautzellgewebe. Uterus gut zurückgebildet, anteflektiert, dextrovertiert. Adnexe o. B., etwas verdickt und schmerzhaft. Serös blutige Lochien.

6. H. U., 20 J. Jahrgang 1903/04, Journ.-No. 445. Patientin hat Rachitis und Masern gehabt; mit 7 Jahren laufen gelernt. Eltern an Schwindsucht gestorben.

Erste Regel mit 13 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden. Letzte Regel 24.—26. Dezember 1902. Beckenmaße: Sp. 25, Crist. 27, Conjug. ext. 15, Diag. $8\frac{1}{4}$, doppeltes Promontorium Vera $7\frac{1}{4}$ (oberes Prom.), unteres $7\frac{1}{2}$ cm. — 27 Stunden nach Wehenbeginn wird zur Operation geschritten. Operateur Ober-

arzt Dr. Dienst. Schnitt in der Linea alba, 3 Querfinger oberhalb des Nabels bis 8 cm oberhalb der Symphyse. Uterus wird sigittal in der Mitte geöffnet. Placenta sitzt in der l. Vorder- und Oberwand des Uterus. Das in II. Schädellage befindliche Kind wird ohne Schwierigkeit extrahiert, nachdem 2 Spr. Cornutin zuvor der Kreissenden verabreicht waren. Placenta vollständig, ebenso die Eihäute. Exakte, mehrschichtige Uterusnaht. In das Abdomen ist kein Tropfen Blut geflossen. Schluss in der üblichen Weise. Kind, ein Knabe, 50 cm lang, 3350 g, schreit bald mit lauter Stimme. — Im Fruchtwasser auf Meconium zurückzuführende Trübung, doch kann von einer frischen Asphyxie keine Rede sein. Bei der Entlassung Uterus anteflektiert, adhärent an der vorderen Bauchwand im unteren Drittel der Narbe. Laparotomienarbe lineär geheilt.

7. K. B., 30 J. Jahrgang 1903/04, Journ.-No. 503. Patientin hat erst mit 7 Jahren laufen gelernt. 2mal hat sie Pneumonie gehabt. Familienanamnese o. B.

Erste Regel mit 17 Jahren. Letzte Regel Anfang Februar 1903. Patientin hat 2 Partus durchgemacht. 1. Partus Frühgeburt 1896, Kind tot. 2. Partus Sectio caes. 15. Mai 1901. Dieser Fall wurde in der Arbeit von Thomas beschrieben. Beckenmaße: Sp. il 21,5, Crist. il 26,5, Conjug. ext. 16,5, Diag. $10^1/_2$, Vera $8^1/_4 - 8^1/_2$, Querdurchmesser höchstens 10 cm. Kind II. Schädellage. Herztöne gut. — 16 Stunden nach Wehenbeginn wird der Kaiserschnitt gemacht. Operateur Geh.-Rat Küstner. Schnitt in der alten Narbe. Zwischen den Bauchdecken und Uterus wenig dünnes Netz, an den Bauchdecken adhärent. Starke venöse Blutung. Extraktion des recht grossen Kindes am rechten Fuss. Das Kind, ein Mädchen, von 53 cm Länge und 3900 g Gewicht, leicht asphyktisch, schreit jedoch bald, sicher nicht apnoisch. Uterus atonisch, weshalb starke Blutung. 2 Spr. Cornutin. Nach 20 Minuten gute Kontraktion. Die sehr grosse Placenta wird in toto manuell gelöst, sie inseriert rechts hinten. Eihäute ebenfalls überall adhärent und müssen deshalb ebenfalls stückweise entfernt werden. Uterusnaht 3 Schichten. Bei der Peritonealnaht wird eine unbedeutende Blutung aus einem zerrissenen Netzgefäss gefunden, weshalb Abbinden eines grossen Stückes Netz. Schluss in der üblichen Weise. Am Nachmittag 38°, Puls 124. An den nächsten Tagen (bis 14 Tage p. op.) Temperatursteigerung bis 38,4° resp. 39,4°, jedoch keinerlei Beschwerden. Am 24. November werden die Fäden

entfernt. Ein kleiner Decubitus von 2 Fäden, sonst Heilung per primam intentionem. Am 1. Dezember verlässt Patientin die Klinik. Uterus gut involviert, anteflektiert, retroponiert, unempfindlich. Adnexe o. B. Glatt geheilte Laparotomiewunde.

8. C. R., 30 J. Jahrgang 1903/04, Journ.-No. 647. Patientin hatte als Kind Masern und Scharlach sowie die englische Krankheit und musste vom 3. Lebensjahre an in Schienen laufen. Erst mit 7 Jahren erlernte sie das Laufen ohne Hilfsmittel. Vater an Schlag, Mutter an Wirbelkaries gestorben. Geschwister alle als Kinder gestorben.

Erste Regel mit 15 Jahren, regelmässig. 1. Partus 1901, Perforation. 2. Partus 1902, Wendungsversuch, Perforation. Letzte Regel 26. April 1903. — Maße: Sp. 25, Crist. 28, Conjug. diag. 10, ext. 18 cm. Befund: II. Schädellage. Kopf beweglich über dem Becken. Innere Untersuchung in Narkose vor der Operation. Fast vollständige Erweiterung. Kopf auf dem Beckeneingang in utrierter hinterer Scheitelbein-Einstellung. Operateur Geh.-Rat Küstner.

Es wird nur der Placentarrand getroffen. Placenta an der hinteren Wand. Kind asphyktisch, bald wiederbelebt. Nach 10 Minuten manuelle Lösung der total adhärenten Placenta und der sehr dicken Decidua. Schichtennaht des Uterus, übliche Bauchnaht. Netz an der pariet. Oberfläche des oberen Wundwinkels etwas adhärent. (Früher etwas Peritonitis im II. Puerperium.) Tadellose Konvaleszenz, höchste Temperatur 37,6° (am 5. Tage). Am 14. Tage Fäden entfernt. Heilung p. p. Am 17. Tage aufgestanden. Bei der Entlassung: Tadellose 12 cm lange Narbe, keinerlei Dehiszenz beim Pressen. Uterus anteflektiert, etwas dextrovertiert. Adnexe o. B. Kind weiblich, Anfangsgewicht 2740 g, Endgewicht 2670 g. Mutter- bezw. Ammenmilch, bezw. Flaschenmilch.

9. O. G., 29 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 366. Patientin war bis 4 Jahre immer kränklich. Als kleines Mädchen Masern gehabt. Erbliche Disposition nicht vorhanden. Erste Regel mit 18 Jahren, regelmäßig sehr stark. Patientin hat einen Partus vor 2 Jahren durchgemacht. Es wurde die Hystereuryse gemacht. Kind tot. Letzte Regel 28. Dezember 1903. Beckenmaße: Sp. 25 cm, Cr. 27½, Conj. ext. 14½—15, Diag. 9. Kind II. Schädellage.

Am 28. September treten starke Wehen auf, deshalb wird um 8½ Uhr der Kaiserschnitt gemacht. Schnitt in der Linea alba. Operateur Dr. Dienst. Der Uterus liegt dextrorotiert, so

dass die linke Tube fast entsprechend der Linea alba verläuft. Nach Richtiglagerung des Uterus Eröffnung desselben in typischer Weise. Die in toto erhaltene Blase wird gesprengt und das Kind — weibl. — ohne Schwierigkeiten entwickelt. Extraktion der Placenta und der Eihäute, beides vollständig. Schluss 9^{12}. Trotz guter Nachwehen in den ersten 2 Stunden ziemlich reichlich Blutabgang. 4 Cornutin-Spritzen. Blutung steht. Temperatur 36,7.

1. Oktober. Diffuse bronchitische Geräusche über beiden Lungen. Priessnitz.

5. Oktober. Bronchitis heftiger. Codein 3mal täglich 0,03.

2. Oktober. Fäden gezogen. Heilung p. p. 20. Oktober. Entassung. Narbe fest. Uterus antefl. mobil, von normaler Grösse.

10. P. B., 27 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 229. Patientin hat Rachitis und Masern gehabt. Mit 6 Jahren laufen gelernt. Familienanamnese o. B. Erste Regel mit 15 Jahren, regelmässig. Patientin hat 4 Partus durchgemacht. Vor 4 Jahren spontan, Kind tot. Dasselbe vor 3 Jahren. 6. Juni 1902. Perforation (Kranioklast). 4. Juni 1903. Haken. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Ein Abort vor 7 Jahren im 5. Monat.

Letzte Regel Anfang September. Wehenbeginn 12. Juli früh.

Maße: Sp. $22\,^1/_2$ cm, Cr. 23 cm, Ext. 14 cm, Diag. $8\,^3/_4$—9 cm, Vera $6\,^3/_4$ cm. Kleine, kräftige Frau, rachitischer Knochenbau.

Befund 12. Juli. Kopf steht fest in dem Beckeneingang in I. Schädellage. Kontraktionsring in der Nabelhöhe.

In Anbetracht der Alternative: Perforation des lebenden Kindes oder Kaiserschnitt — wird, da die Frau sich ein lebendes Kind wünscht, die Indikation zum Kaiserschnitt gestellt, welcher auch am 12. Juli ausgeführt wird.

Operateur Dr. Dienst.

Längsschnitt in den Uterus derart, dass nur ein ganz kleiner Teil desselben in den ad maximum gedehnten Cervixschlauch zu liegen kommt, sonst ist der ganze Verlauf der Operation ein typischer. (Ohne Blutung.)

Das Kind ist leicht asphyktisch. Während der Operation 1 Spr. Cornutin. Nach derselben noch 3 Spr. Cornutin. Puls 100, leidlich gut. Abends Puls über 130. Temperatur 38°. Eisblase auf das Herz. Urin etwas Eiweiss und Cylinder. Abdomen etwas aufgetrieben, empfindlich, Peristaltik vorhanden.

14. Juli. Temperatur 37,8°. Abdomen weniger empfindlich.

In den nächsten Tagen stetige Besserung. — Urin frei.

30. Juli wird Patientin geheilt entlassen. Uterus gut involviert. Adnexe frei. Kind gesund.

11. B. M., 26 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 237. Patientin hat mit 3 Jahren laufen gelernt und war angeblich nie krank. Familienanamnese o. B.

Erste Regel mit 19 Jahren. 2 Partus durchgemacht.

1. Forzeps, Kind tot. 2. Perforation des lebenden Kindes.

Letzte Regel 30. September 1903. Seit dem 3. Juli Wehen. In der Nacht 0,015 Morphium.

Maße: Sp. i. 25, Cr. i. 27, Ext. $17\frac{1}{2}$, Diag. $9\frac{1}{2}$—$9\frac{3}{4}$, Vera $7\frac{3}{4}$ cm. Beckeneingang und Mitte nicht unter $11\frac{1}{2}$, Beckenausgang nicht unter $9\frac{1}{2}$ cm.

Befund: Kopf hoch oben über dem Beckeneingang. Cervix 2 Fingerglieder lang. Blase steht.

4. Juli. 8 Uhr Sectio. Schluss 9^{25}. (Operateur Geh.-Rat Küstner.) Verlauf der Operation typisch. 3 Spr. Cornutin. Placenta ganz an der Vorderwand. Abtrennung derselben von der linken Uteruswand. Das Kind ist apnoisch. Es ist weiblich, 3690 g schwer, 54 cm lang. In den ersten 2 Tagen ist das Befinden nicht ganz einwandfrei. Patientin klagt über Schmerzhaftigkeit der Brust. Puls 120 bezw. 112. Erbrechen. Abdomen empfindlich. Brustpriessnitz. Das Kind wird alle 4 Stunden angelegt. Vom dritten Tage an Allgemeinbefinden gut.

17. Juli. Entfernung der Fäden. Wunde p. p. geheilt. In einem Stichkanal geringe Sekretion, deshalb für 1 Tag feuchter Verband. Temperatur 37, Puls gut.

20. Juli. Geringe Blutung. Cornutin. Entlassungsbefund am 1. August: Uterus gut faustgross, anteflekt. und anscheinend an der vorderen Bauchwand lose fixiert. 12 cm lange p. p. geheilte Narbe. — Patientin entlassen mit dem Kinde, das in den ersten Tagen Icterus hatte, aber dann vorzüglich gedieh.

12. A. L., 28 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 327. Patientin hat als Kind Rachitis und Masern gehabt. Familienanamnese o. B. Erste Regel mit dem 14. Jahre, regelmässig. Patientin hat 7 Partus durchgemacht. 1 mal Zerstückelung, 2 mal Perforation, 4 künstliche Frühgeburten. 1 Abort im 2. Monat vor 4 Jahren. Letzte Regel 8. Dezember 1903.

Maße: Sp. 27, Cr. 29, Ext. 18, Diag. 10. Befund vor der Operation: II. Schädellage. Herztöne laut, 140—150. Muttermund für einen Finger durchgängig. Kopf bewegt sich über dem Beckeneingang. Operateur Geh.-Rat Küstner. Dauer der Operation 50 Minuten. Schnittführung typisch. Ein Tuch in das Abdomen. Placenta vorn. Lebhafte Blutung. Eihäute sehr dick, so dass sie mit der Schere durchschnitten werden. Kind schreit sofort. Nach der Extraktion und teilweisen

manuellen Lösung der Placenta etwas Atonie. Uterusmuskulatur sehr dick. Uterusnaht fortlaufend in 3 Schichten mit Catgut. Schluss der Bauchwunde. Uterus gut kontrahiert.

Länge des Kindes 53 cm, Gewicht 4000 g. Muttermilch. Endgewicht 3930 g. Sandsack, Eisblase, 1 Spr. Cornutin. Wochenbett durch eine Bronchitis gestört. Heilung der Wunde glatt. Am 14. Tage werden die Fäden entfernt. Wunde p. p. geheilt.

13. M. P., 28 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 341. Patientin hat als Kind Masern gehabt. Familienanamnese o. B. Erste Regel mit 16 Jahren, regelmässig. Patientin hat zwei Partus durchgemacht. I. Geburt spontan, Kind bald gestorben. II. Künstliche Frühgeburt in hiesiger Klinik. Kind lebte 1 Tag. 1 Abort vor $3\frac{1}{2}$ Jahren im 4. Monat.

Letzte Regel 24. Dezember 1903.

Maße: Sp. 26, Cr. 29, Ext. $16\frac{1}{2}$ Diag. 9.

16. September, 12 Uhr nachts, recht stürmische Wehen mit eigentümlichen Kontraktionen, wie beim Contraktionsring. Am 17. September wird der Kaiserschnitt gemacht. Annähen der Bauchdecken an sterilen Billroth. Placenta vorne. Starke Blutung. Die Entwicklung des Kopfes ist schwer, da er sich dem Beckeneingang bereits adoptiert hat. Das Kind mässig asphyktisch.

Nach vollkommen typischer Vernähung des Uterusschnittes bemerkt man eine weitere Blutung, da das r. lig. rot. zum Teil abgerissen ist und das dort befindliche Gewebe infolge übermässiger Dehnung von aussen nach innen geborsten ist, erkenntlich als Risswunde. 4 Catgut-Nähte in den Riss, der somit das Initialstadium der Uterus-Ruptur zu bedeuten hat. Blutung steht. Schluss. Während der Operation 3 Spr. Cornutin. Keine Atonie. Sandsack, Eisblase. Wochenbett durch 6 Tage lang dauernden Ikterus gestört. 2 Temperatursteigerungen bis 38^0 resp. 39^0. Heilung glatt. Bei der Entlassung 10. Oktober Uterus antefl., adhärent.

14. H. Sch., 22 J., Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 454. Patientin hat mit 4 Jahren laufen gelernt. Stets gesund gewesen. Schwester (auch enges Becken) hat sich in hiesiger Klinik der Sectio unterzogen. Erste Regel mit 17 Jahren. 8—14 Tage dauernd. L. R. 7. Februar 1904. Kreissende ist Erstgebärende.

Maße: Sp. 25, Cr. 26, Ext. 17, Diag. $8\frac{1}{2}$. Befund: II. Schädellage, Herztöne gut, 120—40. Wehenbeginn in der Nacht vom 8. November. Wehen sehr heftig. Sectio wird

erst am 10. November gemacht — bei weitem Muttermund und vollständig verstrichener Cervix. Operateur Geh.-Rat Küstner. Dauer der Operation 55 Min. Schnitt links von der Mittellinie klein, weshalb schwierige Entwickelung des Kopfes. Placenta an der Vorderwand. Kind schwer asphyktisch. Knopfnaht des Uterus. Fortlaufende Naht nur der Oberfläche. Keine Atonie. Gute Kontraktion auf nur 2 Spr. Cornutin. — Temperatur im Wochenbett in den ersten 10 Tagen erhöht. Abend-Temperatur 38°—39°. Sehr starkes Oedem der Vulva, welches allmählich abnimmt.

Am 14. Tage Fäden gezogen, Heilung p. p. 2. Dezember steht Patientin auf und 9. Dezember wird sie mit glattgeheilter Laparotomie-Narbe entlassen.

15. M. Sch., 28 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 462. Patientin hat Diphterie, Scrophulose und Influenza gehabt und hat mit 5 Jahren laufen gelernt. Familienanamnese o. B. Erste Regel mit 20 Jahren, regelmässig. L. R. 29. Januar bis 6. Februar. Wehenbeginn 8. November 1904, 12 Uhr Nachts.

Maße: Sp. 25, Cr. 26, Ext. 16, Diag. $9^1/_2$—10. Befund unmittelbar vor der Operation: Kopf über dem Beckeneingang. Orif. ext. noch geschlossen. Cervix wohl schon ganz aufgebraucht.

Sectio aus relativer Indikation. Operateur Geh.-Rat Küstner. Placenta an der vorderen Wand. Kind in erster Lage, schreit sofort nach der Extraktion. (Weiblich, Gewicht 3350.) Uterus kontrahiert sich auf einige Cornutin-Spritzen. Blutung nicht ungewöhnlich stark. Exzision beider Tuben nach prophylaktischer Unterbindung der distalen Mesosalpinx-Partien. Vernähung des proximalen Teils des Peritoneums. Blutsicherheit. Schluss. In den ersten 9 Tagen Temperatur erhöht, Puls gut. Starker Ikterus der Mutter. Am 14. Tage Entfernung der Fäden, Heilung p. p. In den folgenden Tagen Thrombose in der linken Wade und Mastitis links. 12. Dezember. Entlassung. In der Linea alba ein 14 cm langer, glatt verheilter Schnitt.

16. B. K., 27 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 485. Patientin wird aus der medizinischen Klinik, wo sie wegen Lungenphtise lag, um 5 Uhr morgens, moribund in die Frauen-Klinik verlegt.

L. R. 17. Mai 1904. Obgleich kindliche Herztöne mit Sicherheit nicht festzustellen sind, scheint, da der Tod des Kindes nicht nachzuweisen ist, die Sectio in moribunda angezeigt zu sein. Placenta an der Vorderwand, wird von der Muskulatur abgeschoben, dann werden die Eihäute mit Scheerenschlag eröffnet. Extraktion des Kindes, welches, 39 cm lang, bald

schreit. Das aspirirte Fruchtwasser wird mit dem Schlundkatheter entfernt. Nach einigen Minuten schreit das Kind nicht mehr, die Atmung stockt und trotz energischer Applikation von Hautreizen und Schultzescher Schwingungen, wird das Kind immer blauer, dann blass. Herzschlag erlischt allmählich auch. — Schluß des Uterus und Abdomens in typischer Weise.

Um 5 Uhr nachm. tritt, ohne dass Patientin wieder zum Bewusstsein kommt, der Exitus ein.

Obduktion: Lungen-Tbc., Veränderungen verschiedener Art. Uterus und Abdomen einwandfrei.

17. Fr. D., 24 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 596. Patientin hat mit 3 oder 4 Jahren laufen gelernt. Familienanamnese o. B.

Erste Regel mit 15 Jahren, sehr stark. Kreissende hat 2 Partus durchgemacht, beide mit Forceps, Kinder tot.

Letzte Regel 4. Mai 1904.

Maße: Sp. 27, Cr. 27, Ext. 17, Diag. $10^1/_2$. Befund: I. Schädellage. Uteruswandungen äusserst dünn. Seit 2 Tagen lebhafte Wehen. Am Tage vorher ein Cervixkanal von Fingerdicke. Dauer der Operation 1 Stunde. Operateur Geh.-Rat Küstner. Kaiserschnitt in der üblichen Weise. Viel Fruchtwasser, sehr grosses Kind, schreit unmittelbar nach der Extruktion. Placenta an der hinteren Wand, wird in toto mit den Eihäuten manuell gelöst. Während der Lösung 3 Spr. Cornutin. Die Konvaleszenz wurde in den ersten Tagen durch eine leichte Bronchopneumonie und Mastitis gestört, dann aber einwandfrei.

Bei der Entlassung (5. März 1905) 9 cm lange, glatte Narbe. Uterus anteflekt, eleviert, schmerzempfindlich, ebenso die Adnexe. Kind männlich, Gewicht 4180 g, Kopfumfang 37, Schulter 40. Durchmesser: Gr. 12, Gr. schr. $13^1/_2$, kl. schr. $10^1/_2$, Gr. qu. 9, kl. qu. $7^1/_2$. Ernährung: Mutter- bezw. Ammenmilch. Endgewicht 3760 g.

18. C. R., 26 J. Jahrgang 1904/05, Journ.-No. 642. Patientin hat mit $4^1/_2$ Jahren laufen gelernt, immer kränklich gewesen. Mutter an Lungenentzündung gestorben. Erste Regel mit 16 Jahren, sehr unregelmässig. Letzte Regel Ende Mai 1904.

Maße: Sp. $21^1/_2$, Cr. 24, Ext. $15^1/_2$, Diag. 8—$8^1/_2$. Dauer der Operation 45 Minuten. Operateur Dr. Dienst.

11. Februar. Verlauf der Operation typisch. Blutung mittelmässig. Das Kind schreit sofort. In den ersten 3 Tagen im Urin etwas Eiweiss. Dann Konvaleszenz o. B. Wunde p. p. geheilt. Fäden am 14. Tage gezogen. Gegen Ende des Wochenbettes

4. März 1905 Temperatursteigerung. — Mastitis, welche nach einigen Tagen zurückgeht. Bei der Entlassung ist der Uterus anteflekt. vergrössert. Glatte, 9 cm lange Bauchnarbe. Kind, Mädchen 2900 g, mit Ammenmilch genährt. Endgewicht 3170 g.

19. C. R., 31 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 17. (Zum II. Mal, siehe Fall 8).

Dauer der Operation bis zum Schluss des Periton. 38 Min. (Operateur Dr. Dienst.) Schnitt im Bereich der alten Narbe. Placenta wird in der Mitte getroffen. Entwicklung des Kopfes schwierig, da der Schädel fest im Beckeneingang sitzt. Mässige Blutung aus der Utero-Placentar-Stelle. Manuelle Lösung der Placenta und der Eihäute. Schluss in typischer Weise. Interessant ist, dass trotz eines bereits vor 13 Monaten gemachten Kaiserschnittes sich so gut wie keinerlei Adhäsionen finden. (Gummihandschuhe!) Das Wochenbett war mit Ausnahme von zwei Temperatursteigerungen (1. und 4. Mai 38,2) einwandfrei. Fäden am 14. Tage entfernt. Heilung p. p. Kind, Knabe, Gewicht 3660 g, Länge 55, Kopf 36, Schulter 37, Gr. 12, Gr. schr. 13, kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, kl. qu. $7\frac{1}{2}$.

Ammenmilch. Endgewicht 3310 g.

20. K. H., 42 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 42. Patientin war stets gesund. Erste Regel mit 17 Jahren. Sie hat 3 Partus durchgemacht. I. Perforation. Die beiden anderen (1896 und 1901) spontan. Kinder leben. Vom 1. Partus blieb ein ungenähter Dammriss, infolgedessen totaler Vorfall, der durch Vaginifixur und Kolpoperineoproktoplastik am 5. Juni 1901 beseitigt wurde. Letzte Regel 15. Juli 1904.

Maße: Sp. 25, Cr. 27, Ext. 20, Diag. 13.

Die Frau kreisst seit dem 29. April. Es bestehen Dauerkontraktionen. 30. April. Die Scheide ist sehr eng wegen einer Kolporraphie. Da die Wehen erfolglos sind, (der obere Rand des für 2 Finger durchgängigen Cervixkanal, ist nicht abzutasten) besteht die Gefahr einer Uterusruptur. Deshalb und zwecks Sterilisierung wird die Sectio caes. ausgeführt. Operateur Geh.-Rat Küstner, Dauer 75 Minuten. Der Fundus des Uterus liegt rechts handbreit über der Symphyse, links höher.

Von da wölbte sich die enorm gedehnte, hintere Wand bis zur Herzgrube hinauf. Der Fruchthalter wurde also zum grössten Teil von der hinteren Wand gebildet, an welche nach unten zu die noch mehr gedehnte und verdünnte Wand des oberen Cervix-Segmentes (unteres Uterussegmentes) sich anschloss. Durch den Schnitt wird die Placenta getroffen. Entwicklung eines tief asphyktischen, aber bald völlig wiederbelebten Kindes.

Exzision beider Tuben zwecks Sterilisierung der Frau. Atonie, lebhafte Blutung — Cornutin, gute Kontraktionen. Plötzlich Exitus, bald nach Beendigung der Operation. Vermutete Todesursache, Luftherz (Luftembolie) bestätigt durch die Sektion, bei welcher der rechte Vorhof und rechte Ventrikel stark mit Luft gefüllt waren.

21. M. S., 32 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 43. Patientin ist mit 1 Jahr gelaufen. Nachher Rachitis, Laufen verlernt und erst mit 6 Jahren wieder gelernt. Familienanamnese o. B. Erste Regel mit 14 Jahren, regelmässig.

Am 5. Juni 1905. Perforation, Hystereuryse, Extraktion. Letzte Regel 2. Juli 1904.

Maße: Sp. 25, Cr. 28½, Ext. 18, Diag. 8¼, Vera 6¾. II. Schädellage. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Nachdem seit 8 Stunden regelmässige Wehen bestanden haben, wird zur Sectio geschritten. Operateur Dr. Dienst. Dauer der Operation 60 Minuten. Schnitt in der Mittellinie des Uterus in situ. Placenta teilweise vorne. Extraktion: Das Kind ist nicht asphyktisch, hat jedoch schon geatmet und Schleim aspiriert, welcher durch eine Schlundsonde entfernt wird. Sodann atmet das Kind regelmässig. Da die Placenta unten adhärent ist, wird sie manuell gelöst. Etagennaht mit Catgut. Es muss noch erwähnt werden, dass das Tuch, das in üblicher Weise hinter den Uterus gelegt wird, gut das Blut aufgesogen hat. Während der Operation 3 Spr. Cornutin. Geringe Nachblutung, deshalb 4 Spr. Cornutin.

Wochenbett normal, nur am 17. und 21. April Temperatursteigerung (38°).

30. April. Bei der Entlassung glatte Narbe, 12 cm lang. Uterus gut kontrahiert, hart, unempfindlich, Adnexe o. B.

22. M. L., 32 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 283. Patientin negiert Rachitis. Erste Regel mit 14 Jahren, regelmässig. 2 Partus. 1903: Perforation. 1904: Fusslage, totes Kind. 1 Abort 1902 im III. Monat. Letzte Regel 30. September 1904.

Maße: Cr. 25, Sp. 26, Ext. 17, Diag. 9, Vera 6¾. I. Schädellage. Kopf über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Untersuchung in Narkose ergibt: äusserer Muttermund feinsäumig, hoch, es besteht noch ein Halskanal von zirka 1½ Fingerglied Länge, lässt sich aber von 2 Fingern noch weiter spreitzen. Operateur Geh.-Rat Küstner. Dauer der Operation 40 Minuten. Schnitt 4 Querfinger über dem Nabel

— knapp über der Symphyse. Kind atmet sofort nach der Extraktion am rechten Fuss. Knabe, 3260 g, 51 cm lang, 35 cm Kopfumfang, 37 cm Schulter. Placenta manuell gelöst. Kontraktionen nicht besonders gut. Uterus mit 4 fortlaufenden Schichten Catgut genäht. Während der Operation 3 Spr. Cornutin. Temperatursteigerungen nur am 6. und 7. Tag (38,2 resp. 39°). Wenig Lochialsekret, deshalb 1 Spr. Cornutin. Am 14. Tage Fäden entfernt. Heilung p. p.

30. Juli. Entlassung. Uterus faustgross anteflekt. an der Bauchwand adhärent. Lochien reichlich.

23. E. R., 32 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 462. Patientin will stets schwächlich gewesen sein. Sie wurde vor einigen Jahren wegen Eierstockentzündung, dann noch wegen „Anwachsungen" und Leistenbruch im Wenzel Hanckeschen Krankenhause operiert. Ausserdem soll sie Wanderniere haben. Vater ist an Tuberkulose gestorben, sonst sind alle gesund. Erste Regel mit 19 Jahren, stets unregelmässig. Patientin hat 1 Partus vor 7 Jahren durchgemacht: ausgetragen, Perforation. Letzte Regel Ende Dezember 1904.

Maße: Sp. 21, Cr. 23, Ext. 15½, Diag. 8½, Vera 6¾. I. Schädellage, Kopf abgewichen. Nachdem die Fruchtblase plötzlich (ohne Verspürung von Wehen) gesprungen ist, wird, da die Indikation schon früher gestellt war, zur Sectio geschritten. Operateur Oberarzt Dr. Hannes. Dauer der Operation 75 Minuten. Der Schnitt liegt vom Nabel aufwärts in der alten Laparotomie-Narbe (cfr. Anamnese.) Uterus-Inzision nicht in der Mitte, weil die alte Ventrifixur anscheinend extramedian gemacht war. Inzision blutig. Nach Eröffnung der freien Eihäute Extraktion des in I. Schädellage befindlichen Kindes. Kind, weiblich, Gewicht 2870 g, Länge 49 cm, Kopfumfang 35 cm, Schulter 37. Gr. Durchmesser 11, Gr. schr. 12, kl. schr. 10½ cm, Gr. qu. 9½, kl. qu. 7. Es ist ganz schwer asphyktisch (fast Asph. pallida) nur dass in der ersten Minute Muskeltonus vorhanden war. Schultzesche Schwingungen haben guten Erfolg. Das Kind atmet und schreit. Uterus atonisch, deshalb manuelle Lösung der Placenta. Placenta und Eihäute vollständig. 3 Spr. Cornutin, worauf der Uterus anfängt sich zu kontrahieren. 2 schichtige Catgut-Knopfnaht. Ausserdem fortlaufende Serosanaht. Schluss. Vom 3. Tag an abends Temperatursteigerung (bis 38,6°) und Schmerzhaftigkeit der Bauchwunde, deshalb Verbandwechsel. Die unteren 4—5 Nähte sind vereitert; sie werden entfernt. Feuchter Verband, täglich gewechselt. Nach einigen Tagen noch 2 resp. 3 Fäden entfernt. Die mittleren heilen p. p. Am 14. Tage

nach der Operation klingt die Temperatur ab. Später hier und da eine subfebrile Temperatur. Die Wunde granuliert gut. Am 32. Tage p. Op. steht Patientin auf. Bei der Entlassung: Bauchnaht gut verheilt, stellt eine lineare Narbe dar. Uterus 3 Querfinger ob. der Symph. anteflekt. und vorne fixiert. Kein Fluor.

24. U. L., 27 J. Jahrgang 1905/06, Journ.-No. 502. Patientin hat mit 7 Jahren Lungenentzündung gehabt, ausserdem noch Kinderkrankheiten und englische Krankheit. Vater an Lungenentzündung, Mutter an Unterleibsleiden gestorben. Erste Regel mit 17 Jahren, regelmässig. Letzte Regel Ende Dezember.

Maße: Sp. 25, Cr. 25, Ext. 14, Diag. $7^3/_4$ ($7^1/_2$), Vera $6^3/_4$—7. Sehr kleine Person (109 cm). Kyphoscoliose.

27. November Sectio. Operateur Geh.-Rat Küstner. Dauer der Operation 45 Minuten.

Vor Beginn der Operation: Untersuchung. II. Schädellage, Kopf etwas abgewichen. Kleine Portio noch vorhanden, äusserer Muttermund für den Finger nicht durchgängig. Nichtsdestoweniger Sectio, da vor einigen Tagen energische Wehen vorhanden waren. Schnitt in der üblichen Weise. Placenta an der hinteren Wand. Manuelle Lösung. Kind weiblich, Gewicht 2500 g, Länge $48^1/_2$, Kopfumfang 34, Schulter 33, Durchmesser: Gr. schr. 12, kl. schr. 10, Gr. 10, Gr. qu. 9, kl. qu. 7.

Kind leicht asphyktisch, vielleicht deshalb, weil um die Nabelschnur vor der Geburt des Kopfes eine Klemme gelegt wurde. Uterusnaht mit wenigen Knopf- und 2 fortlaufenden Nähten. Keine Unterbindung, dagegen Abklemmung der grossen blutenden Uterusvenen, zwecks Vermeidung von Luftherz. In den ersten 2 Wochen der Konvaleszenz Temperaturerhöhung, Puls klein und hoch. Sehr wenig Lochien, deshalb oft Cornutin. Allmählich Besserung. Am 14 Tage Fäden gezogen. Heilung p. p. Laparotomienarbe glatt und fest verheilt.

25. J. K., 27 J. Jahrgang 1906/07, Journ.-No. 42. Patientin hat Rachitis gehabt und erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Sonst stets gesund. Familienanamnese o. B.

Erste Regel mit 19 Jahren, regelmässig. 1905 1. Partus mit Perforation in hiesiger Klinik. Da sich Patientin ein lebendes Kind wünscht, wird sie zur Sectio hierher geschickt. Letzte Regel Ende Mai 1905.

Maße: Sp. 25, Crist. 27, Ext. 17, Diag. $9^1/_2$, Vera 7. I. Schädellage, Herztöne (148) deutlich.

Nachdem die Wehen, nach längerem Bestehen und Heftigkeit, regelmässig geworden, wird am 10. April der Kaiser-

schnitt gemacht. Operateur Oberarzt Dr. Hannes. Dauer der Operation 1 Stunde. Inzision mittelgross. Placenta an der Hinterwand. Der Blutverlust ist ein äusserst geringer. Kind männlich, Gewicht 3650 g, Länge 52 cm, Kopfumfang 35, Schulter 37. Durchmesser: Gr. 10, Gr. schr. 9, kl. schr. 8 cm. Es ist mit Meconium besudelt und tief asphyktisch. Die Wiederbelebungsversuche erzeugen zunächst einige spontane Atemzüge, scheitern aber dann vollständig. Die Atmung sistiert, Exitus. Konvaleszenz einwandfrei, nur in den ersten 2 Tagen und dann gegen Ende des Wochenbettes leichte Temperatursteigerung. Am 14. Tage werden Fäden gezogen. Glatte Heilung.

Am 2. Mai, also am 22. Tage, wird die Patientin entlassen. Uterus reicht bis zum Nabel, anteflektiert, eleviert, wenig vergrössert. Adnexe und Parametrien zart und nicht empfindlich.

26. M. M., 21 J. Jahrgang 1906/07, Journ.-No. 112. (Zum II. Mal, Anamnese siehe Fall 5.)

Geburtstermin 22. Mai. Am 17. Mai recht energische Kontraktionen, so dass die Sectio caes. für den 18. Mai in der klin. Stunde in Aussicht genommen. In der Nacht vom 17. bis 18. Mai Fruchtwasserabfluss. Sehr kräftige Wehen. 4mal 0,1 Morphin. 18. Mai. Inzision in derselben Richtung wie die alte Narbe, ebenso der Uterusschnitt. Nur eine wenige mm dicke Adhäsion mit den Bauchdecken links. Placenta im Bereiche des Schnittes. Extraktion am linken Fuss gelingt erst nach fast vollständiger Ablösung der Placenta. Lebhafte Blutung und infolgedessen Asphyxie des Kindes. Typische Wiederbelebung bis das Kind mit lauter Stimme schreit. Es ist ein Mädchen, wiegt 2700 g.

3 Spr. Cornutin, einige Tupfer in den Uterus, der mit 5 Kopfnähten, einer fortlaufenden subperitonealen und einer fortlaufenden peritonealen Naht geschlossen wird. Peritonealraum mit 3 Tüchern abgedeckt, 1 oben, 2 an beiden Seiten: nach Beendigung der Operation Bauchraum absolut sauber, nirgends Blut. Dauer der Operation 45 Minuten. Wochenbett nur durch einmaligen hohen Temperaturanstieg am 7. Tage gestört (Lochiostase?), sonst fieberfrei. Am 14. Tage Fäden gezogen. Heilung p. p.

27. C. R., 33 J. Jahrgang 1906/07, Journ.-No. 310. (Zum III. Mal, siehe Fall 8 und 19.)

Letzte Regel 23. Dezember 1905. Die Kreissende hat seit 6 Stunden Wehen. Die Blase steht. Inzision entsprechend der alten Narbe. Nur einige geringe Netzadhäsionen. Inzision in

der alten Uterusnarbe. Placenta vorne. Extraktion des Kindes an der Placenta vorbei. Kind wiegt 3000 g, lebensfrisch, schreit nach einigen Hautreizen mit lauter Stimme. Lösung der Placenta und Eihäute (beide vollständig), 2 Spr. Cornutin. In den Uterus werden, da er zunächst keine Tendenz zu Kontraktionen zeigt, 3 Tücher gesteckt. Nach Entfernung derselben 3fache Etagennaht. (1 fortlaufende, 1 Knopfnaht, 1 Serosanaht.) Uterus jetzt gut kontrahiert. Der gesamte Blutverlust gering. Exzision von 2 cm langen Tubenstücken und Einnähen der Stümpfe in das lig. latum. Blutsicherheit. Schluss.

Konvaleszenz einwandfrei. Am 14. Tage Fäden gezogen. Heilung p. p.

Bei der Entlassung (20. November) Uterusfundus 4 Querfinger über der Symphyse an der Bauchnarbe fixiert, nicht schmerzempfindlich.

28. K. S, 28 J. Jahrgang 1906/07, Journ.-No. 321, Patientin will stets gesund gewesen sein. Ein Bruder an Phthise gestorben. Erste Periode mit 14 Jahren, regelmässig, stark, ohne Beschwerden. 2 Partus. 1. Wendung, Perforation, 2. 1903 Perforation. Abort 1904.

Letzte Regel 9. Dezember 1905. Kindsbewegungen 5. Mai. Keine Schwangerschaftsbeschwerden. Patientin kommt, da bei ihrem verengten Becken ein lebendes Kind auf natürlichem Wege nicht zu erwarten ist, zwecks Sectio caes. Sterilisierung wird nicht gewünscht. Gravider Uterus entsprechend der Mitte des 10. Monats. Conjug. diag. $10^1/_2$, Vera $8^1/_2$. Becken nach Austastung anscheinend querverengt. Muttermund für einen Finger durchgängig. 2 Stunden nach Wehenbeginn Kaiserschnitt. Operateur Oberarzt Dr. Hannes. Es zeigt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle, dass der Uterus ganz auf die rechte Kante gestellt ist. Infolge perimetritischer Adhäsionen am Uterus ist er unbeweglich, deshalb Inzision nicht in der Mittellinie, sondern etwas rechts von der linken Tubenecke. Placenta nicht getroffen. Mässiger Blutverlust. Typische Entwicklung des Kindes, das etwas blau ist, jedoch gleich nach Abnabelung leise schreit. Atmung und Schreien kommen bald in Gang. Uterus gut kontrahiert. Placenta und Eihäute vollständig. Naht dreischichtig. Blutsicherheit. Toilette der Bauchhöhle. Schluss. 3 Spr. Cornutin.

Am 5. Tage Temperatur 38 °, sonst Verlauf der Konvaleszenz einwandfrei. 25. September Fäden gezogen. Heilung p. p. 27. September darf Patientin aufsitzen. Bei der Entlassung (4. Oktober) Uterus leicht adhärent.

Bevor wir nun zur Besprechung unserer Fälle schreiten, will ich noch bemerken, dass die Fälle I, II und Fall XX ausführlich vom Geh.-Rat Küstner beschrieben wurden. Die beiden ersten im Zentralblatt für Gynäkologie 1903, Nr. 1, der letzte in der 11. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Deshalb werde ich dieselben nur kurz behandeln. — Nun wollen wir sehen, aus welchen Indikationen die 28 Kaiserschnitte gemacht wurden.

I. Wenden wir uns zunächst den beiden ersten Fällen zu. Hier gab die Indikation für die Sectio caes. eine Uterusruptur, die im Falle I zirka $1^1/_4$ Jahr, im Fall II zirka $1^3/_4$ Jahre zurücklag. Ich will hier kurz die Ausführungen des Geh.-Rat Küstner resümieren: „erstens ist hervorzuheben, dass die Indikation keine absolute ist, weil die Geburt auch ohne Ruptur verlaufen könnte; deshalb darf das Risiko des eingeleiteten Verfahrens nicht so gross sein, wie das der Eventualität einer Ruptur. Das heisst, die Kreissende darf nicht vorher mit fragwürdigen Händen untersucht worden sein". In unseren beiden Fällen wurden die Frauen überhaupt nicht vaginal untersucht, und deshalb durfte die Sectio für indiziert gehalten werden.

II. Der Fall (XX) von Sectio caes. wegen Stenose der weichen Geburtswege nnd Vaginifixur. — Auch bei diesem Falle will ich mich kurz fassen. — Die Frau kreisste bereits seit 24 Stunden, es bestanden Dauerkontraktionen, die erfolglos waren, so dass eine Uterusruptur drohte. Hier war also der Kaiserschnitt unbedingt und doppelt indiziert: Das Leben der Mutter war in Gefahr (drohende Uterusruptur) und auch das Leben des Kindes war gefährdet (Dauerkontraktionen), was sich auch nach der Entwicklung desselben manifestierte: es war nämlich tief asphyktisch. Bei der Operation sah man, wie enorm gedehnt und verdünnt die hintere Wand des Uterus und noch mehr des oberen Cervixsegments (unteres Uterussegment) war. Hier war also wirklich periculum in mora.

III. Ein Fall (XVI) von Sectio in Moribunda. — Die Frau wurde aus der mediz. Klinik, wo sie an Lungenphthise

lag, moribund in die Frauen-Klinik gebracht. Obgleich die kindlichen Herztöne nicht mit Bestimmtheit festzustellen waren, schien, da der Tod des Kindes nicht nachgewiesen war, übereinstimmend mit der „Lex regia Numae Pompilii", die Sectio doch indiziert zu sein. Das Kind schrie in der Tat bald nach der Entwicklung, es starb aber bald darauf. Die Patientin starb zirka 11 Stunden nach dem Kaiserschnitt, ohne zum Bewusstsein gekommen zu sein.

IV. 24mal gab das enge Becken Veranlassung zur Sectio, und zwar bei 21 Frauen (bei einer Frau 2 mal, bei einer 3 mal), wobei in 18 Fällen (3, 5—9 inkl. 11—15, 17—20, 25, 26 die Konjugata vera 7—8½ cm, und in 6 Fällen (IV, X, XIX, XXI, XXII, XXIV) 6½—6¾ cm.

Die Indikation war also stets eine relative. Eigentlich kann man von den letzten 6 Fällen sagen, dass sie eine absolute Indikation hatten, weil hier nur die Perforation des lebenden Kindes neben der Sectio in Frage kommen konnte, dieselbe aber von Herrn Geh.-Rat Küstner übereinstimmend mit fast allen anderen Autoren als geburtshilflicher Eingriff in einem guteingerichteten Krankenhause möglichst verworfen wird. Natürlich waren die fünf Kreissenden zeitig genug und in einer Verfassung, die die Sectio nicht kontraindizierte, in die Anstalt gekommen, d. h. die Blase war beim Eintritt in die Klinik noch nicht gesprungen. Die Kreissenden waren nicht ausserhalb von nicht einwandfreier Seite untersucht worden. — Es muss nämlich ausdrücklich hervorgehoben werden, dass in hiesiger Klinik der Ausschluss dieser beiden Möglichkeiten, als Vorbedingung für die Vornahme der konservativen Sectio, gefordert wird. Eine Ausnahme bilden die Fälle 1, 21 und 26. Im Fall 1 sollte der Kaiserschnitt noch vor Wehenbeginn vorgenommen werden. Die Wehen kamen aber ganz überraschend und so stark, dass die Blase sprang. Die Frau war aber draussen nicht untersucht worden.

Im Falle 21 wurde die Sectio nach dem Blasensprung, aber sofort, gemacht. Die Fruchtblase sprang nämlich bei der Kreissenden, die hochschwanger war, plötzlich ohne

Verspürung von Wehen. Im Falle 26 (Hausschwangere) wurde die Sectio einige Stunden nach Blasensprung, der in der Nacht erfolgt war, gemacht, nachdem dieselbe für diesen Tag, 8 Uhr morgens, festgesetzt war.

Was die 18 Fälle betrifft, so sehen wir, dass in der letzten Zeit die relative Indikation eine immer mehr ausgedehnte Anwendung findet.

Wir finden nämlich in fünf Fällen (7, 9, 12, 15, 17) eine conjug. vera von 8—8¾ cm. In all diesen Fällen konnte event. die künstliche Frühgeburt in Frage kommen, aber die Erfahrung lehrt, dass bei derselben die Aussichten für die Kinder die denkbar ungünstigsten sind, andererseits muss die Prognose der Mütter bei der Sectio als günstig bezeichnet werden, soweit keine Komplikationen vorhanden sind. Bei vier Frauen (Fall 7, 9, 12 und 13) waren Frühgeburten vorhergegangen, deren Produkt stets ein totes Kind war.

Es muss noch der wichtige Umstand hinzugefügt werden, dass die Anamnese in all diesen Fällen gewichtige Anhaltspunkte bot. So sehen wir z. B. was frühere Geburten betrifft: Künstliche Frühgeburt mit toten Kindern, wie erwähnt 7 mal bei vier Frauen, — Perforation, 13 mal bei zehn Frauen (Fall 4, 8, 10, 11, 12, 21, 22, 23, 25 und 28) — Forceps, Kind tot, 3 mal bei zwei Frauen (Fall 11 und 17). Ausserdem finden wir 1 mal Zerstückelung (Fall 12), 1 mal Haken mit Perforation des nachfolgenden Kopfes (Fall 10), 4 mal bei drei Frauen Sectio caes. (5, 7 und 19), 3 mal spontane Geburt (Kind tot) bei zwei Frauen (Fall 10 und 13).

Wenn wir also alles zusammenfassen, so finden wir, dass von allen 14 Frauen keine einzige ein lebendes Kind gehabt hat. Die Zahl der toten Kinder beträgt bei ihnen 28. Die übrigen Frauen waren Erstgebärende.

Was die Wahl des Zeitpunktes für die Sectio betrifft, so wird dieselbe erstens prinzipiell vor Blasensprung gemacht, wie übrigens schon oben erwähnt wurde. So wurde fast allen Kreissenden Morphium subcutan gegeben, um zu heftige Wehen und damit Blasensprung zu ver-

hindern. In unseren 23 Fällen ist nur 1 mal nach Blasensprung, und zwar sofort, die Sectio ausgeführt worden, da, wie gesagt, die Blase plötzlich, ohne Verspürung von Wehen, gesprungen war. Zweitens wird stets nach Wehenbeginn zur Operation geschritten.

Die Dauer der Wehen vor der Operation schwankt zwischen 2 und 48 Stunden, jedoch betrug dieselbe meistens 3 bis 6 Stunden, da die zweite Hälfte der ersten Geburtsperiode, mit Rücksicht auf den Zustand der Cervix und die Kontraktionsfähigkeit des Uterus, als der geeignetste Zeitpunkt für die Ausführung der Sectio von Geh.Rat Küstner angesehen wird. Nur einmal wurde die Sectio vor Wehenbeginn gemacht, es betrifft den Fall II, wo ehemalige Uterusruptur den Kaiserschnitt indizierte. Das ist in diesem Falle auch leicht erklärlich, weil die Wehen für den ehemals rupturierten Uterus unheilbringend werden konnten. Ich muss hier noch erwähnen, dass im Falle V zufällig zwei eklamptische Anfälle vorkamen, ich hebe aber ausdrücklich hervor, dass die Indikation wegen engen Beckens gestellt wurde. Bei derselben Frau wurde später noch einmal die Sectio gemacht. (Fall XXVI.)

Was die Technik betrifft, so ist sie dieselbe geblieben, wie bis 1902; da dieselbe ausführlich in der Arbeit von Thomas beschrieben ist, so glaube ich, es unterlassen zu können, über die Schnittführung, Asepsis resp. Antisepsis zu berichten. Erwähnt sei nur, dass während der Operation zum Schutze gegen Keimeinschleppung von der Bauchhaut aus in das subkutane Bindegewebe, immer Lappen von Billroth-Batist eingenäht werden und dass, um Einlaufen von Blut in die Bauchhöhle zu verhindern, die Serosa des Uterus mit dem Peritoneum parietale mittelst Hakenschieber fest vereinigt wird. Ich wiederhole es noch einmal, dass in hiesiger Klinik ausschliesslich der mediane Längsschnitt angewandt wird. Wie gut die Asepsis in hiesiger Klinik ist, beweisen die Fälle von wiederholtem Kaiserschnitt (Fall 7, 19, 26 und 27). Hier wurden fast gar keine, oder keine Adhäsionen gefunden. Ich glaube, dass man dieses

vorzügliche Resultat dem prinzipiellen Gebrauch von Gummihandschuhen und der Bauchdecken-Ausschaltung (Billroth-Batist) zuzuschreiben hat. Wenn wir nun auf den Verlauf der Operation unser Augenmerk richten, so finden wir, dass starke Blutungen in 9 Fällen vorkamen, wovon in 3 Fällen (3, 13 und 26) die Ursache nur placenta praevia caesarea war, in zwei Fällen atonia (20 und 27), in zwei Fällen (12 und 4) placenta praevia und atonia, und in zwei Fällen (7 und 23) die grosse Dicke und Hyperämie der Uteruswände. Ausserdem wurde Placenta praevia caes. noch in sieben Fällen (2, 6, 14, 15, 16, 19 und 20) vorgefunden, ohne nennenswerte Blutungen zu verursachen. Die Atonie wurde in beiden Fällen durch einige Spritzen Cornutin und Einlegen von Tüchern in das Uteruscavum in kurzer Zeit gehoben.

Wenn wir nun die Beziehungen zwischen Vorliegen der Placenta beim Schnitt und dem kindlichen Kreislauf betrachten, so finden wir, dass auf 12 Fälle von Placenta praevia caesarea 5 asphyktische Kinder kommen, gleich 41,6 % gegen 83,5 % in den von Thomas beschriebenen Fällen.

Nach Schluss des Uterus wurde in den Fällen, wo es die Patientinnen wünschten, Tuben exzidiert und die Stümpfe mit Peritoneum übernäht.

Wenden wir uns jetzt dem Ausgang, den die 28 Fälle von Sectio caesarea genommen haben, zu. — Die Mortalitätsziffer für die Mütter beträgt 7,4 % (2 von 27). Wenn wir nun ins Auge fassen, dass beide Frauen an Luftembolie ad exitum kamen, so bekommen wir eine reduzierte Mortalitätsziffer von 0 %, also ein ideales Resultat. Natürlich kann der eine Fall von Sectio in Moribunda (Fall 16) hier nicht mitzählen.

Die Mortalitätsziffer für die Kinder beträgt 3,7 %. Das Kind (Fall 25) war ganz tief asphyktisch und es gelang nicht, es wieder zu beleben; ob hier die Schuld daran den lange bestandenen, heftigen und unregelmässigen Wehen zuzuschreiben ist, bleibt fraglich. Bei der Berechnung der

Mortalitätsziffer kann selbstverständlich der Fall 16 (Sectio in Moribunda), wo keine kindlichen Herztöne zu hören waren und wo die Frucht keine 30 Wochen alt war, nicht mitgezählt werden. Die Mortalitätsziffer für die Kinder in unseren Fällen ist im Vergleich mit der bei Wendung und Extraktion (nach Winkel 33,4—35,8 %) eine sehr kleine; um so kleiner ist sie im Vergleich mit der Sterblichkeit der nicht durch Kaiserschnitt entwickelten Kinder der operierten Frauen. Dieselbe beträgt, wenn wir sogar die ersten zwei Fälle mitzählen (Indikation — ehemalige Uterusruptur), 81 %!

Was das Wochenbett betrifft, so finden wir in den Fällen 5, 6, 11 und 27 einen völlig fieberfreien Verlauf. In neun Fällen (3, 8, 10, 19, 21, 22, 25, 26 und 28) ein resp. zwei Temperaturanstiege. — Die übrigen Fälle weisen einige Temperaturerhöhungen auf, welche meistens interkurrenten Krankheiten, wie Bronchitis, Pneumonie, Mastitis etc. zuzuschreiben sind.

Die Fäden wurden meistens am 14. Tage gezogen. Nur in zwei Fällen war eine Dehiscenz der Bauchnarbe (je 2 Suturen) und im Falle 23 waren acht Nähte vereitert, sodass der grössere oberflächliche Teil der Laparotomiewunde per secundam heilte. In allen übrigen Fällen war die Heilung per primam eingetreten. Die Narbe war stets glatt und dicht.

Bevor ich nun schliesse, möchte ich noch auf die Fälle von wiederholtem Kaiserschnitt aufmerksam machen. Es sind dies: Frau M. M. (Fall 5 und 26), Frau Cäc. R. (8, 19 und 27) und Kar. B. (Fall 7), bei der die Sectio zum erstenmal im Jahre 1901 gemacht wurde (Fall 11 in der Arbeit von Thomas).

Diese Fälle sind sehr lehrreich, denn sie bilden einen Maßstab dafür, wie hoch jetzt Technik und Asepsis stehen. (Gummihandschuhe und Bauchdeckenausschaltung.) Wir finden nämlich so gut wie gar keine Adhäsionen in all diesen Fällen von wiederholtem Kaiserschnitt. Die Konvalescenz in diesen Fällen ist fast ganz einwandfrei, — eine resp. zwei Temperaturerhöhungen. Im Falle 27, wo die Sectio zum dritten Mal gemacht wurde, war der Verlauf

sogar ganz fieberfrei. Patientin wurde am 18. Tage entlassen.

Da in unseren Fällen die Verwachsungen nur sehr gering waren, kommen hier die Gefahren derselben, die Wallace im Jahre 1902 in einer Arbeit behandelte, wie z. B. Verlängerung der Operationsdauer, Blutung aus den Verwachsungen, Möglichkeit der Darmverletzung der Dislokation und der Drehung der Gebärmutter, ausser Betracht. Andererseits konnte nicht extraperitoneal operiert werden, wie das nach Angabe von Wallace, Haven, Young und anderen Autoren bei Vorhandensein von vielen Adhäsionen der Fall sein kann. Diese Erscheinung haben wir, wie es Haven und Young richtig hervorheben, wohl den Fällen zu verdanken, die in der Literatur in der vorantiseptischen und vor der Reformzeit, im Sinne Sängers, beschrieben sind. Übrigens ist uns diese Möglichkeit, extraperitoneal zu operieren, doch nicht so sehr nötig; die Resultate in unseren Fällen beweisen es.

Zum Schluss will ich noch auf die vorzüglichen Resultate des Kaiserschnitts in unseren Fällen hinweisen.

Wenn wir die Mortalitätsziffern der Mütter und der Kinder in unseren Fällen mit denen anderer Autoren vergleichen, so muss jeder zugeben, dass unsere Statistik eine der besten, wenn nicht die beste ist. Ich brauche nur zu wiederholen: 0 % Infektions-Sterblichkeit der Mütter, denn die beiden Todesfälle (Luftembolie) sind Zufälligkeiten, die doch auch bei normalen Entbindungen vorkommen können, und 3,7 % Mortalität der Kinder, eine Zahl, die man schwerlich in anderen Kliniken finden wird, da, wie ich schon im Anfang meiner Arbeit erwähnt habe, eine der kleinsten Mortalitätsziffern, nämlich in der Klinik von Schauta, 5,7 % ist.

Der Verlauf des Wochenbettes war ein sehr guter. Was die einigen Temperaturerhöhungen betrifft, so haben Olshausen und andere schon darauf hingewiesen, dass die Temperatur im Wochenbett oft steigt, was auch in den holländischen Universitätskliniken bestätigt wurde, da in

90 % der Fälle, das Thermometer in der Achsel mehr als 37,5 % nachwies.

Auch die Entlassungsbefunde sind ausserordentlich befriedigend; der Uterus war nämlich nur in 7 Fällen an der Bauchnarbe vielleicht etwas adhaerent, was wiederum der Asepsis bezw. der Technik zu verdanken ist.

Bezüglich der Technik muss ich noch erwähnen, dass ich gar nicht mit Carmalt, Everke und anderen einverstanden bin, wenn sie behaupten, dass die mit Catgut mehrschichtig genähte Wunde des Uterus auseinanderweicht, wie das Carmalt in seinem eigenen Falle gesehen hat. Dies mag wohl an der Vorbereitung des Nahtmaterials gelegen haben. (Asepsis!) Dass dies aber nicht vom Catgut an und für sich abhängt, beweisen unsere 28 Fälle, wo ausschliesslich mit Cumol-Catgut genäht wurde und nichts derartiges bemerkt werden konnte.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Küstner, für die gütige Anregung zu dieser Arbeit und Überlassung des klinischen Materials meinen innigsten Dank auszusprechen.

Ich fühle mich auch dem Oberarzt Herrn Dr. Hannes für die liebenswürdige Hilfe zu Dank verpflichtet.

Literaturverzeichnis.

Baisch. Die Mortalität beim engen Becken einst und jetzt. (Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 23, Heft 3.)

Dauber. Über Indikation und Ausführung des Kaiserschnittes. (Münchner Med. Woch. pag. 1528.)

Fassbender. Geschichte der Geburtshilfe.

Fournier. La technique de l'opération césarienne. (Le progrès méd. N. 14.)

Frömmels Jahresberichte 1902, 1903, 1904 und 1905.

Kriwsky. Zur Kasuistik des wiederholten Kaiserschnittes. (Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 21.)

Krönig. Wie weit soll das Recht des Kindes auf Leben bei der Geburt gewahrt werden? (Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 23, Heft 3.)

Küstner. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wiedereintretender Schwangerschaft? (Schles. Ges. für vaterl. Kultur, 11. Juni 1902.

— Über partielle Ausladung des hochgraviden Uterus. (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, 11. Versammlung.)

v. Leeuwen. Opération césarienne répétée. (Annales de Gyn. et d'obst, Octobre 1904.)

Neumann. Die Sectio caesarea an der Klinik Schauta. (Archiv für Gynäkologie, Bd. 79, Heft 1.)

Neustube. Vier Fälle von Sectio caesarea. (Deutsche med. Wochenschr. pag. 980.)

Olshausen. Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte.

Thomas. Die Indikationsstellung und Technik des Kaiserschnitts. (Inaug.-Diss. Breslau 1902.)

v. Winckel. Handbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Ich, Artur Banasz, mosaischer Konfession, Sohn des Kaufmanns Louis Banasz, geboren zu Lodz (Polen) am 24. August 1884, russischer Staatsangehöriger, besuchte das Gymnasium daselbst und machte mein Abiturium im Juni 1902. Michaelis 1902 wurde ich an der Warschauer Universität als Student der Medizin immatrikuliert, woselbst ich 3 Semester verblieb. Darauf ging ich nach Breslau und studierte hier 7 Semester Medizin.

In meiner Studienzeit habe ich Vorlesungen folgender Professoren und Dozenten besucht:

In Warschau: *Bewad, Chmielewsky, Dawydow, Gendre, Jaschtschinsky, Kołossow, Kowalewsky, Krassusky, Nassonow, Schatfiejew, Siłow, Tschaussow †, Wulff.*

In Breslau: *Anschütz, Bonhoeffer, Czerny, Dienst, Ercklentz, Filehne, Flügge, Garrè, Groenouw, Hasse, Hinsberg, Hürthle, Heine, Jochmann, Jenssen, Kausch, Kolaczek †, Küstner, Krause, Klingmüller, v. Mikulicz-Radecki †, Müller, Neisser, Peter, Ponfick, Röhmann, Schaper †, Stern, v. Strümpell, Uhthoff.*

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen Dank aus.